

Dorota Matuszyk¹, Małgorzata Schlegel-Zawadzka², Paweł Jagielski², Małgorzata Dziedzic¹

¹Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

²Zakład Żywnienia Człowieka, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

Jakość życia kobiet w przebiegu ciąży, porodu i laktacji w zależności od stanu odżywienia przed ciążą

The quality of life of women during pregnancy, puerperium and lactation, depending on the nutritional condition before pregnancy

STRESZCZENIE

Wstęp. W ostatnich latach obserwuje się wzrost liczby kobiet z zaburzeniami odżywiania, takimi jak nadwaga, otyłość czy niedożywienie. Przebyta ciąża i narodziny dziecka wpływają na subiektywne postrzeganie jakości życia przez kobiety.

Cel. Celem pracy była ocena jakości życia kobiet w przebiegu ciąży, porodu i okresu laktacji w zależności od stanu odżywienia przed zajściem w ciążę.

Materiał i metody. Badaniami objęto 247 kobiet. Przeprowadzono je 3-krotnie: po odbyciu porodu oraz 6 tygodni i 6 miesięcy po nim. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, wykorzystując standaryzowany kwestionariusz do oceny jakości życia SF-36v1 (Quality of life SF-36v1), autorski kwestionariusz ankiety, poza tym przeprowadzono antropometryczne pomiary masy i wysokości ciała kobiet – na tej podstawie obliczono wskaźnik masy ciała (BMI).

Wyniki i wnioski. Oceniając wartości odnoszące się do jakości życia badanych kobiet wykazano istotnie statystycznie lepszą jakość życia u kobiet w 6 tygodni i 6 miesięcy po porodzie w porównaniu do okresu bezpośredniego po porodzie. Stwierdzono istotne różnice statystyczne w następujących skalach: aktywności fizycznej (PF) ($p < 0,0001$), ograniczeń w wypełnianiu ról z powodu ograniczeń ze zdrowiem fizycznym (RP) ($p < 0,0001$), bólu (BP) ($p < 0,0001$), zdrowia ogólnego (GH) ($p < 0,0001$), vitalności (VT) ($p = 0,0002$), funkcjonowania społecznego (SF) ($p < 0,0001$), ograniczeń w wypełnianiu ról z powodu problemów emocjonalnych (RE) ($p < 0,0001$) i w domenie ogólnej ocena zdrowia psychicznego (PCS) ($p < 0,0001$). W badanej grupie kobiet jakość życia poprawiała się w kolejnych okresach przeprowadzania badań. Wykazano, że kobiety z niedowagą przed ciążą miały istotnie wyższe wartości wskaźników jakości życia w porównaniu do kobiet z prawidłową masą ciała lub z nadwagą i otyłością.

Problemy Pielęgniarstwa 2015; 23 (4): 484–489

Słowa kluczowe: ciąża; poród; stan odżywienia; jakość życia

ABSTRACT

Introduction. An increase in the number of women with eating disorders such as excessive weight, obesity, or malnutrition has been observed. Pregnancy and childbirth affect the subjective perception of women's quality of life.

Aim of study. Assessment of women's quality of life in pregnancy, puerperium and lactation period, depending on the nutritional condition prior to pregnancy.

Material and methods. The research included 247 women. The survey was conducted three times: postnatally, six weeks and six months after childbirth. The diagnostic survey method was used, the tools being a standardized questionnaire SF-36v1 (Quality of Life SF-36v1), an original questionnaire and anthropometric measurements of body weight and height, serving to calculate Body Mass Index (BMI).

Adres do korespondencji: dr n. o zdrowiu Dorota Matuszyk, Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, ul. Zamoyskiego 58, 31-523 Kraków, tel./faks: 12 656 37 27, e-mail: dorota.matuszyk@uj.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2015.0079

Results and conclusions. The study revealed better quality of life in women six weeks and six months after childbirth, compared to the postnatal period. Statistically significant differences were shown in the following scales: Physical functioning (PF) ($p < 0.0001$), Role limitations due to physical health problems (RP) ($p < 0.0001$), Body pain (BP) ($p < 0.0001$), General health perception (GH) ($p < 0.0001$), Vitality, energy or fatigue (VT) ($p = 0.0002$) Social functioning (SF) ($p < 0.0001$), Role limitations due to emotional problems (RE) ($p < 0.0001$), and in Physical Component Summary (PCS domain) ($p < 0.0001$). In the studied group the quality of life was improved in subsequent periods of the surveys. It has been shown that the women with inefficient weight before pregnancy had a significantly higher quality of life indicators compared to women with normal weight, excessive weight and obesity.

Nursing Topics 2015; 23 (4): 484–489

Key words: pregnancy; puerperium; nutritional condition; quality of life

Wstęp

Przybywa kobiet z zaburzeniami odżywiania, takimi jak nadwaga, otyłość czy niedożywienie. Wymagają one szczególnego monitorowania, gdy występują u ciężarnych. Zarówno nadwaga, jak i otyłość stanowią poważny czynnik ryzyka powikłań internistycznych oraz położniczych i ginekologicznych [1]. Okres ciąży, porodu i połogu jest czasem dynamicznie zachodzących procesów w organizmie kobiety. Narodziny dziecka niosą ze sobą zmiany w sferze życia społecznego, rodzinnego i ekonomicznego. Ciąża, poród i połóg zaliczane do stanów fizjologicznych mają wpływ na jakość życia kobiet w tych okresach [2–5].

Prawidłowe żywienie w czasie ciąży determinuje zdrowie ciężarnej i płodu [1]. Okres ten charakteryzuje zmiana zapotrzebowania organizmu na wiele składników odżywczych [6, 7]. Zmiany fizjologiczne towarzyszące ciąży zwiększają przemianę materii i prowadzą do wzrostu zapotrzebowania energetycznego. W wyniku działania hormonów u kobiet ciężarnych istotnym zmianom ulega rozkład tkanki tłuszczowej i przyrost masy ciała, co ma na celu dostosowanie organizmu matki do potrzeb rozwijającego się dziecka [8]. Fizjologiczne zmiany, które zachodzą podczas ciąży, nie pozostają bez wpływu na subiektywną ocenę jakości życia. Istnieje konieczność prowadzenia badań nad jakością życia kobiet w okresie ciąży, połogu i laktacji. Należy je wykonywać z użyciem profesjonalnych narzędzi, które obecnie zazwyczaj są dostosowane wyłącznie do wieku badanej populacji bądź istniejącego schorzenia [9].

Cel

Ocena jakości życia kobiet w przebiegu ciąży, połogu i okresu laktacji w zależności od stanu odżywienia przed zajściem w ciążę.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone wśród położnic w krakowskich szpitalach: Szpitalu Uniwersyteckim przy ul. Kopernika 23 i Szpitalu im. Rafała Czerwiakowskiego przy ul. Siemiradzkiego 1, za

zgoda kierowników obu placówek. Prowadzono je w okresie od lipca 2011 roku do czerwca 2012 roku. Za parametr wskazujący na zaburzenia odżywiania przyjęto wartość wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) sprzed ciąży. Grupa badana to położnice z nieprawidłowym wskaźnikiem BMI, grupę kontrolną zaś stanowiły kobiety o prawidłowym wskaźniku. Wszystkie wyraziły zgodę na udział w badaniach. Przeprowadzono je po uzyskaniu pozytywnej zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego nr KBET/142/b/2011 z dnia 1 lipca 2011 roku.

Badania miały charakter różnicowany: przekrojowy i prospektywny z elementami retrospektywnymi, dotyczącymi czasu przeszłego (sposób żywienia kobiet z badanej grupy przed zajściem w ciążę i podczas ciąży). Były wykonywane 3-krotnie u danej kobiety: pierwszy raz między 1. a 3. dniem po porodzie (badanie retrospektywne sposobu żywienia z okresu sprzed ciąży oraz czasu ciąży), drugi — między 6. z 8. tygodniem połogu, trzeci — 6 miesięcy po porodzie. Dobór terminów badań wiązał się z przyjętymi okresami adaptacji kobiety do nowej roli z punktu widzenia fizjologicznego i psychospołecznego oraz czasem przystosowania się dziecka do żywienia nie tylko mlekiem matki, jak również znacznego rozszerzenia diety kobiety karmiącej [10, 11].

Metodę badawczą stanowił sondaż diagnostyczny. Zastosowano w nim następujące narzędzia badawcze: — autorski kwestionariusz ankiety zawierający pytania dotyczące sytuacji socjoekonomicznej i demograficznej, przebiegu ciąży, porodu i połogu; — kwestionariusz do oceny jakości życia SF-36v1 (Quality of life SF-36v1). Na potrzeby badania zakupiono licencję SF36v1 Umowa Licencyjna QM016332 – Quality Metric CT147525/OP024993. Kwestionariusz zawierał 36 pytań dotyczących 8 wskaźników jakości życia. Podzielono je na dwie domeny: pierwsza dotycząca zdrowia fizycznego — ogólna ocena zdrowia fizycznego (PCS, *physical component summary*) i druga — ogólna ocena zdrowia psychicznego (MCS, *mental component summary*). Na PCS składają się następu-

jące skale (wymiar): zdrowie fizyczne, aktywność fizyczna (PF, *physical functioning*), ograniczenia w wypełnianiu ról z powodu problemów ze zdrowiem fizycznym (RP, *role limitations due to physical health problems*), ból (BP, *body pain*) i zdrowie ogólne (GH, *general health perception*). W skład domeny MCS wchodzi: vitalność (VT, *vitality energy or fatigue*), funkcjonowanie społeczne (SF, *social functioning*), ograniczenia w wypełnianiu ról z powodu problemów emocjonalnych (RE, *role limitations due to emotional problems*), samopoczucie, zdrowie psychiczne (MH, *general mental health*);

- wykonano pomiary antropometryczne kobiet. Na podstawie masy i wysokości ciała obliczono wskaźnik BMI zgodnie ze wzorem: masa ciała [kg]/wysokość ciała [m]². Oceny prawidłowości BMI dokonano według rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) i Centrum Zwalczania i Zapobiegania Chorobom (CDC, *Centers for Disease Control and Prevention*). Zgodnie z wytycznymi BMI < 15 kg/m² wskazuje na wygłodzenie; 15,0–17,4 kg/m² — wychudzenie; 17,5–18,4 kg/m² — niedowagę; 18,5–24,9 kg/m² — wartość prawidłową; 25,0–29,9 kg/m² — nadwagę; 30,0–34,9 kg/m² — I stopień otyłości; 35,0–39,9 kg/m² — II stopień otyłości; ≥ 40,0 kg/m² — III stopień otyłości. Do opracowania wyników użyto pakietu statystycznego Statistica 10 Pl (firmy StatSoft). Wyliczono wartości średniej arytmetycznej, odchylenie standardowe, minimum – maksimum, korelacje pomiędzy poszczególnymi parametrami. Do oceny analizy różnic przyjęto testy nieparametryczne U Manna-Whitneya, Kruskala-Wallisa, ANOVA Friedmana, test chi-kwadrat. Jako poziom istotności różnic między badanymi grupami przyjęto $\alpha = 0,05$. W analizie statystycznej kwestionariusza Sf-36 wykorzystano klucz: Health Outcomes Scoring Software 4.0.

Wyniki

Grupę badaną stanowiło 247 kobiet, w tym 132 o prawidłowym wskaźniku BMI i 115 z nieprawidłowym wskaźnikiem, wśród których było 70 kobiet z nadmierną masą ciała i 45 z niedowagą. Wiek badanej grupy mieścił się w przedziale między 18. a 42. rokiem życia. Średnia wieku kobiet wynosiła $28,70 \pm 5,16$ lat (mediana 28,0 lat). Największy odsetek badanych kobiet stanowiły mężatki 84,2% (N = 208), pozostałe 15,8% kobiet (N = 39) zadeklarowało stan wolny.

W badanej grupie 2,0% (N = 5) kobiet miało wykształcenie podstawowe, 13% (N = 32) — zawodowe, 47,8% (N = 118) — wyższe. Zdecydowana większość kobiet (71,3%) mieszka w mieście. Wśród badanych kobiet 61,6% oceniło swoją sytuację materialną jako

dobrą i bardzo dobrą, a jedynie 8 (3,2%) — jako trudną i bardzo trudną.

W tabeli 1 przedstawiono wartości wskaźników jakości życia w badanej grupie kobiet bezpośrednio po porodzie w zależności od stanu odżywienia przed ciążą. U kobiet z niedowagą przed ciążą stwierdzono istotnie statystyczne wyższe wartości wskaźników jakości życia w porównaniu do kobiet z prawidłową masą ciała oraz z nadwagą i otyłością. Świadczy to o subiektywnie lepiej postrzeganej jakości życia przez kobiety z niedowagą.

W niniejszych badaniach uzyskano istotne zależności statystyczne. W skali odczuwania bólu (BP; $p = 0,0020$) kobiety z niedowagą przed ciążą uzyskały wyższe wyniki niż kobiety z prawidłową i nadmierną masą ciała. U kobiet z niedowagą średnio wynosiły $51,02 \pm 9,82$ (Me = 51,61), a u kobiet z prawidłową i nadmierną masą ciała przed ciążą były równe $45,14 \pm 9,97$ (Me = 46,05). Kobiety z nadwagą i otyłością miały średni wynik $45,36 \pm 9,42$ (Me = 44,55). Uzyskano istotne zależności statystyczne w skali zdrowia ogólnego (GH; $p = 0,0176$). Kobiety z niedowagą miały średni wynik $54,80 \pm 6,65$; (Me = 55,57), kobiety z prawidłową masą ciała — $52,01 \pm 6,70$ (Me = 53,23), a kobiety z nadwagą i otyłością — $51,08 \pm 7,04$ (Me = 50,89). Zaobserwowano istotne różnice w skali funkcjonowania społecznego (SF; $p = 0,0131$): kobiety z niedowagą przed ciążą uzyskały średnio $47,61 \pm 7,24$ (Me = 46,28), kobiety z prawidłową masą ciała — $43,07 \pm 8,87$ (Me = 46,28), a kobiety z nadwagą i otyłością — $44,81 \pm 8,91$ (Me = 46,28). Stwierdzono istotne różnice statystyczne w sumarycznej domenie zdrowia fizycznego (PCS; $p = 0,0107$). Średni wynik u kobiet z niedowagą wynosił $55,65 \pm 8,96$ (Me = 57,01), u kobiet z prawidłową masą ciała — $51,40 \pm 8,83$ (Me = 53,89), a u kobiet z nadmierną masą ciała — $51,92 \pm 8,21$ (Me = 53,09). W pozostałych wymiarach (skalach) i w sumarycznej domenie zdrowia psychicznego (MCS) nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic.

Oceniając wartości odnoszące się do jakości życia badanych kobiet podczas przeprowadzania badań, wykazano istotnie statystycznie lepszą jakość życia u kobiet w 6 tygodni i 6 miesięcy po porodzie w porównaniu do bezpośredniego okresu po porodzie (tab. 2). Stwierdzono istotne różnice statystyczne w skalach PF ($p < 0,0001$), RP ($p < 0,0001$), BP ($p < 0,0001$), GH ($p < 0,0001$), VT ($p = 0,0002$), SF ($p < 0,0001$), RE ($p < 0,0001$) i w domenie PCS ($p < 0,0001$). Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie w skalach MH ($p = 0,5586$) i w domenie MCS ($p = 0,0997$). Ponadto wykazano, że kobiety z nadwagą i otyłością oraz prawidłowym BMI przed ciążą odczuwały istotnie gorszą jakość życia 6 miesięcy po porodzie niż kobiety z niedowagą (tab. 3). Stwierdzono istot-

Tabela 1. Jakość życia w badanej grupie kobiet bezpośrednio po porodzie w zależności od stanu odżywienia przed ciążą
Table 1. Quality of life in the study group directly after childbirth depending on nutritional condition prior to pregnancy

Badane czynniki	Kobiety z niedowagą (N = 45)		Kobiety z prawidłową masą ciała (N = 132)		Kobiety z nadwagą i otyłością (N = 70)		ANOVA Friedmana p
	X ± SD	ME (min. – maks.)	X ± SD	ME (min. – maks.)	X ± SD	ME (min. – maks.)	
PF	49,64 ± 9,76	55,05 (27,78–57,14)	47,97 ± 10,10	50,85 (19,39–57,14)	49,35 ± 7,74	50,85 (21,49–57,14)	0,5478
RP	47,60 ± 10,65	56,24 (27,95–56,24)	47,39 ± 10,76	56,24 (27,95–56,24)	46,61 ± 9,85	49,17 (27,95–56,24)	0,6599
BP	51,02 ± 9,82	51,61 (33,2–62,75)	45,14 ± 9,97	46,05 (19,93–62,75)	45,36 ± 9,42	44,55 (19,93–62,75)	0,0020
GH	54,80 ± 6,65	55,57 (41,53–64)	52,01 ± 6,70	53,23 (34,5–62,59)	51,08 ± 7,04	50,89 (36,84–62,59)	0,0176
VT	46,58 ± 4,19	46,69 (39,59–56,15)	45,24 ± 4,10	46,69 (34,85–58,52)	45,40 ± 3,39	44,32 (37,22–51,42)	0,3070
SF	47,61 ± 7,24	46,28 (30–57,14)	43,07 ± 8,87	46,28 (13,71–57,14)	44,81 ± 8,91	46,28 (19,14–57,14)	0,0131
RE	43,64 ± 12,35	44,81 (23,74–55,34)	48,00 ± 11,04	55,34 (23,74–55,34)	45,26 ± 11,68	50,07 (23,74–55,34)	0,0562
MH	31,97 ± 3,48	32,27 (25,45–39,08)	32,05 ± 3,41	32,27 (25,45–41,36)	32,66 ± 3,46	32,27 (25,45–43,63)	0,4313
PCS	55,65 ± 8,96	57,01 (35,15–69,73)	51,40 ± 8,83	53,895 (27,6–66,26)	51,92 ± 8,21	53,09 (28,77–64,51)	0,0107
MCS	37,23 ± 4,61	39,06 (30,08–44,92)	38,59 ± 4,77	39,14 (21,17–48,1)	37,97 ± 5,36	39,43 (25,36–52,08)	0,2840

N — liczba kobiet; X — średnia arytmetyczna; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; Me — mediana; p — poziom istotności

nie statystyczne różnice w skalach PF ($p = 0,0048$), BP ($p = 0,0100$), GH ($p = 0,0046$), SF ($p = 0,0085$) i w sumarycznej skali zdrowia fizycznego (PCS; $p = 0,0012$). Nie stwierdzono istotnych zależności w pozostałych oraz w ogólnej ocenie zdrowia psychicznego (MCS; $p = 0,4425$). Średnia wartość ogólnej oceny zdrowia fizycznego (PCS) u kobiet z niedowagą przed ciążą wynosiła $62,79 \pm 2,54$ (Me = 62,89), u kobiet z prawidłowym BMI — $59,23 \pm 5,79$ (Me = 60,91), u kobiet z nadwagą i otyłością — $57,95 \pm 6,89$ (Me = 60,37).

Dyskusja

Ciąża jest stanem fizjologicznym, któremu towarzyszą dolegliwości mogące wpływać na obniżenie jakości życia. Nadmierny i fizjologiczny przyrost masy ciała skutkuje dolegliwościami bólowymi okolicy krzyżowej, nóg czy ogólnemu złemu samopoczuciu [12–15]. Można przypuszczać, że gorsza jakość życia kobiet z nadmierną masą ciała w skali funkcjonowania społecznego jest związana z kultu-

rowymi normami szczupłej sylwetki, które są propagowane w szeroko rozumianych mass mediach. W badaniach Johnson i wsp. prowadzonych w Wielkiej Brytanii na Uniwersytecie w Sheffield wykazano, że kobiety z nadwagą i otyłością czują się napiętnowane i dyskryminowane w społeczeństwie [16]. Ogromny wzrost liczby kobiet z nadmierną masą ciała powinien być dla pracowników ochrony zdrowia źródłem inspirującym do podejmowania działań mających na celu zahamowanie tego procesu. Wytyczne w Polsce i Wielkiej Brytanii zalecają prowadzenie poradnictwa żywieniowego i udzielanie wsparcia kobietom w ciąży w utrzymaniu prawidłowej masy ciała, ale jak wynika z badań Lee i wsp., istnieją bariery komunikacyjne pomiędzy kobietami w ciąży a położnymi. Ponadto położne nie nadają problemowi otyłości wśród kobiet wystarczającej wagi [17]. W Polsce również istnieje problem wzrostu liczby kobiet z nadwagą i otyłością, nie były jednak do tej pory prowadzone podobne badania na szeroką skalę. Na pewno położne powinny się przyczyniać do zahamowania akceleracji liczby

Tabela 2. Jakość życia badanej grupy kobiet bezpośrednio, 6 tygodni i 6 miesięcy po porodzie**Table 2.** Quality of life in the study group postnatally, 6 weeks and 6 months after childbirth

Badane czynniki	II badanie po porodzie (N = 247)		III badanie 6 tygodni po porodzie (N = 247)		IV badanie 6 miesięcy po porodzie (N = 247)		ANOVA Friedmana
	X ± SD	ME (min. – maks.)	X ± SD	ME (min. – maks.)	X ± SD	ME (min. – maks.)	p
PF	48,67 ± 9,42	50,85 (19,39–57,14)	53,18 ± 5,94	55,05 (15,19–57,14)	55,35 ± 3,49	57,14 (34,07–57,14)	< 0,0001
RP	47,21 ± 10,45	49,17 (27,95–56,24)	50,02 ± 8,82	56,24 (27,95–56,24)	52,51 ± 6,93	56,24 (27,95–56,24)	< 0,0001
BP	46,27 ± 10,01	46,48 (19,93–62,75)	49,86 ± 9,62	50,76 (19,93–62,75)	53,14 ± 8,99	55,9 (28,92–62,75)	< 0,0001
GH	52,26 ± 6,88	53,23 (34,50–64,00)	53,25 ± 7,37	55,57 (32,16–64,00)	55,66 ± 6,63	57,91 (34,5–64,00)	< 0,0001
VT	45,53 ± 3,95	46,69 (34,85–58,52)	46,48 ± 3,89	46,69 (35,64–58,52)	46,77 ± 3,65	46,69 (37,22–58,52)	0,0002
SF	44,39 ± 8,74	46,28 (13,71–57,14)	45,82 ± 8,87	46,28 (13,71–57,14)	49,51 ± 7,98	51,71 (19,14–57,14)	< 0,0001
RE	46,43 ± 11,56	55,34 (23,74–55,34)	48,18 ± 10,40	55,34 (23,74–55,34)	51,16 ± 8,26	55,34 (23,74–55,34)	< 0,0001
MH	32,21 ± 3,43	32,27 (25,45–43,63)	32,25 ± 4,02	32,27 (23,18–54,99)	32,00 ± 3,10	32,27 (23,18–43,63)	0,5586
PCS	52,34 ± 8,79	54,205 (27,60–69,73)	56,32 ± 7,49	58,04 (32,42–69,73)	59,22 ± 6,07	61,14 (37,91–69,66)	< 0,0001
MCS	38,16 ± 4,93	39,14 (21,17–52,08)	37,86 ± 4,98	38,82 (20,98–54,62)	38,94 ± 3,95	39,91 (23,68–47,42)	0,0997

N — liczba kobiet; X — średnia arytmetyczna; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; Me — mediana; p — poziom istotności

kobiet z nieprawidłowymi wskaźnikami BMI oraz z nieprawidłowym przyrostem masy ciała w tym okresie. W badaniach prowadzonych przez Amador i wsp. w León w Meksyku, mających na celu ocenę wpływu otyłości na jakość życia, wykazano istotnie niższą jakość życia w skali PCS ($p < 0,001$) u kobiet z otyłością niż u kobiet z prawidłowym wskaźnikiem BMI. Podobnie w ocenie całościowego zdrowia psychicznego (MCS) wykazano różnice ilościowe. Kobiety z prawidłową masą ciała wykazywały wyższe wartości wskaźników jakości życia niż kobiety z otyłością [18]. Wyniki te są zbieżne z tymi uzyskanymi w badaniach własnych.

Badania Jomeen i Martin szczegółowo analizują jakość życia kobiet zarówno w okresie ciąży, jak i połogu, i potwierdzają kluczową rolę wsparcia psychicznego i społecznego na dobre samopoczucie i jakość życia kobiet w tych okresach. Jakość życia w okresie ciąży i połogu wpływa również na samopoczucie fizyczne i psychiczne kobiety także w dalszych okresach jej życia. Autorzy podkreślają istotność badań jakości

życia, które powinny być prowadzone z użyciem profesjonalnych narzędzi, które obecnie są zazwyczaj dostosowane wyłącznie do wieku badanej populacji bądź istniejącego schorzenia [9].

Wnioski

1. Ciąża jest okresem, w którym stopień odżywiania wpływa na subiektywne postrzeganie jakości życia kobiet.
2. W badanej grupie kobiet wykazano, że jakość życia ulegała poprawie w kolejnych okresach przeprowadzania badań.
3. Wykazano, że kobiety z niedowagą przed ciążą miały istotnie wyższe wartości wskaźników jakości życia w porównaniu do kobiet z prawidłową masą ciała oraz z nadwagą i otyłością.
4. Położne, udzielając wsparcia kobietom podczas ciąży i połogu, powinny w większym stopniu upowszechniać wiedzę dotyczącą racjonalnego żywienia.

Tabela 3. Jakość życia badanych kobiet 6 miesięcy po porodzie w zależności od stanu odżywienia**Table 3.** Quality of life in the study group 6 months after childbirth depending on nutritional condition

Badane czynniki	Kobiety z niedowagą (N = 29)		Kobiety z prawidłową masą (N = 135)		Kobiety z nadwagą (N = 83)		ANOVA Friedmana p
	X ± SD	ME (min. – maks.)	X ± SD	ME (min. – maks.)	X ± SD	ME (min. – maks.)	
PF	56,56 ± 1,57	57,14 (50,85–57,14)	55,66 ± 2,66	57,14 (44,56–57,14)	54,41 ± 4,75	57,14 (34,07–57,14)	0,0048
RP	55,02 ± 3,31	56,24 (42,1–56,24)	52,52 ± 7,17	56,24 (27,95–56,24)	51,61 ± 7,29	56,24 (27,95–56,24)	0,0599
BP	57,94 ± 5,33	55,9 (46,48–62,75)	52,37 ± 9,55	55,9 (28,92–62,75)	52,70 ± 8,62	55,9 (29,35–62,75)	0,0100
GH	59,25 ± 4,13	60,25 (48,55–64)	55,61 ± 6,23	57,91 (38,25–64)	54,48 ± 7,51	57,91 (34,5–62,59)	0,0046
VT	47,45 ± 3,39	46,69 (39,59–56,15)	47,05 ± 3,85	46,69 (37,22–58,52)	46,08 ± 3,32	46,69 (39,59–58,52)	0,1245
SF	53,58 ± 4,17	51,71 (40,85–57,14)	48,73 ± 8,36	51,71 (19,14–57,14)	49,36 ± 8,01	51,71 (24,57–57,14)	0,0085
RE	52,80 ± 5,38	55,34 (34,27–55,34)	50,74 ± 8,88	55,34 (23,74–55,34)	51,28 ± 8,03	55,34 (23,74–55,34)	0,7489
MH	31,64 ± 3,59	30,00 (25,45–39,08)	31,85 ± 3,15	32,27 (23,18–39,08)	32,38 ± 2,81	32,27 (25,45–43,63)	0,2913
PCS	62,79 ± 2,54	62,89 (57,26–67,11)	59,23 ± 5,79	60,91 (41,01–69,66)	57,95 ± 6,89	60,37 (37,91–68,11)	0,0012
MCS	39,61 ± 2,58	39,89 (34,35–43,47)	38,53 ± 4,48	39,78 (23,68–46,62)	39,35 ± 3,35	39,96 (29,42–47,42)	0,4425

N — liczba kobiet; X — średnia arytmetyczna; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; Me — mediana; p — poziom istotności

Piśmiennictwo

- Grochowska A., Kołpa M., Musiał Z. Wpływ otyłości na funkcjonowanie osób dorosłych. *Probl. Piel.* 2010; 18 (1): 25–29.
- Jansen A.J., Duvekot J.J., Hop W.C., Essing-Bot M.L. i wsp. New insights into fatigue and health-related quality of life after delivery. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2007; 86 (5): 579–584.
- Jomeen J., Martin C. The factor structure of the SF-36 in early pregnancy. *J. Psychosom. Res.* 2005; 59 (3): 131–138.
- Nowakowska-Głąb A., Maniecka-Bryła I. Mother Generated-Index — nowy miernik jakości życia kobiet w ciąży i po porodzie. *Przegl. Epidemiol.* 2010; 64 (1): 133–138.
- Torkan B., Parsay S., Lamyian M., Kazemnejad A. i wsp. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:4. doi: 10.1186/1471-2393-9-4.
- Catalano P. Management of obesity in pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 2007; 109 (1): 419–433.
- Ostachowska-Gąsior A. Porównanie diety kobiet w ciąży z dietą okresu okołoporodowego. *Bromatol. Chemia Toksykol.* 2008; 41 (3): 905–910.
- Kandyz W. Perinatologiczne aspekty otyłości. *Med. Metab.* 1998; 2 (1): 47–53.
- Jomeen J., Martin C. Perinatal quality of life: is it important for childbearing women? *Pract. Midwife* 2012; 15 (4): 30–34.
- Bręborowicz G. (red.). *Położnictwo. Fizjologia ciąży* Warszawa: PZWL 2012.
- Szostak-Węgierek D., Cichocka A. *Żywność kobiet w ciąży. Porady lekarzy i dietetyków*. Wydanie II. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2012.
- Bręborowicz G. (red.). *Położnictwo. Fizjologia ciąży* Warszawa: PZWL 2012.
- Łepecka-Klusek C. (red.). *Pielęgniarstwo we współczesnym położnictwie i ginekologii. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2010.
- Bręborowicz G.H. *Położnictwo i ginekologia. Położnictwo 1*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL 2008.
- Bręborowicz G.H. *Położnictwo. Podręcznik dla położnych i pielęgniarek*. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL 2009.
- Johnson M., Campbell F., Messina J., Preston L. i wsp. Weight management during pregnancy: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery* 2013; 29: 1287–1296.
- Lee D., Haynes C., Garrod D. Exploring health promotion practice within maternity services. Manchester: Stockport NHS Foundation Trust. Final report 2010.
- Amador N., Juárez J.M., Guízar J.M., Linares B. Quality of life in obese pregnant women: a longitudinal study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008; 198 (2): 203.e1–203.e5.